Lane Medical Library

Die Endresultate der in den letzten 8 Jahren in der Königl. Frauenklinik zu Breslau gemachten Ovariotomieen.

1890

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

medicinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie

Donnerstag, den 30. Oktober 1890, Vormittags 10 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Georg Schiffer,

prakt. Arzt.

Opponenten:

Dr. med. Martin Heidenhain, prakt. Arzt.
Dr. med. Paul Sackur, prakt. Arzt.

Breslau, 1890.

Druck der Bresl. Genossensch.-Buchdr., E. G. m. u. H., Ursulinerstrasse 1.

Der Druck genehmigt auf Antrag des Referenten,
Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fritsch.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Fritsch

Direktor der Königlichen Frauenklinik zu Breslau

in steter Hochachtung

sowie

Seinem teuren Vater

in kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Spemer Wells erwähnt in seiner: »Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste«, dass er, bei der ausserordentlich grossen Anzahl von Veröffentlichungen über Eierstockgeschwülste, der erste gewesen sei, der sich bemüht hätte, Nachrichten über das weitere Befinden der nach Ovariotomie entlassenen Patientinnen zu erhalten. Und obwohl ersichtlich ist, dass uns nur die Erforschung der Endresultate einer Operation befähigt, uns über den Wert derselben ein correctes Urteil zu bilden, so sind doch seine, nur allgemein gehaltenen Mitteilungen über das weitere Befinden seiner Patientinnen ohne Nachahmung geblieben. Nur über die Endergebnisse von Exstirpationen maligner Eierstockgeschwülste — wie über die Endresultate von Operationen wegen bösartiger Tumoren auch auf anderen Gebieten (Mamma Uterus etc.) gearbeitet worden ist — finden wir Angaben in Cohns Arbeit: »Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke« (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie 1886).

Infolgedessen bemühten wir uns, über das weitere Schicksal der in den letzten 8 Jahren in der hiesigen Frauenklinik wegen Ovarialtumoren operierten Frauen Auskunft zu erhalten und schrieben zu diesem Zwecke an sämtliche Patientinnen, sie (resp. im Falle ihres Todes die Ortsbehörde) möchten uns mitteilen, wie es ihnen seit der Operation ergängen wäre. Diejenigen, die sich einmal einer derartigen Aufgabe unterzogen haben, werden uns zustimmen, wenn wir behaupten, dass wir mit der Anzahl der erhaltenen Auskünfte (232 von 271) durchaus zufrieden sein können.

Wir lassen zunächst in einer allgemeinen Tabelle alle in den 8 Jahren vorgekommenen Fälle von Ovarialtumoren folgen, um uns bei der Besprechung auf die Nummer der einzelnen Fälle berufen zu können, wobei wir als Einteilungsprincip die von Olshausen gewählte Einteilung der Ovarialgeschwülste angenommen haben.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
			Hydrops follicularis.		
18.	Luise K., 28 J.	verh.	31. März 83.	Befinden gut; 4 mal nach der Operation geboren.	
24.	Maria U., 36 J.	led.	20. April 83.	Befinden gut.	
151.	Amalie K., 59 J.	verh.	22. Juni 87.	† 26. Juni 87 an Herzschwäche.	
152.	Caroline B., 71 J.	verh.	24. Juni 87.	† 5. Juli 87 an hypatatischer Pneumonie.	
157.	Maria Sch., 39 J.	verh.	1. Aug. 87.	?*	
174.	Jadriga T., 27 J.	led.	4. Jan. 88.	?	
184.	Clara v. R., 30 J.	verh.	26. April 88.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	
186.	Rosalie B., 24 J.	led.	4. Mai 88.	Befinden gut.	
199.	Agnes G., 30 J.	verh.	26. Juli 88.	Befinden gut.	
208.	Emilie R., 49 J.	verh.	22. Oct. 88.	?	
211.	Philippine K., 50 J.	led.	31. Oct. 88.	Befinden gut.	
215.	Auguste G., 40 J.	verh.	26. Nov. 88.	Befinden gut.	
216.	Irma G., 34 J.	verh.	10. Dec. 88.	Klagt über Kopfschmerzen,	

Glanduläre proliferirende Kystome.

1.	Pauline H., 27 J.	led.	15. Juli 82.	?
2.	Amalie F., 40 J.	led.	12. Juli 82.	† nach 8 Tagen an Sepsis.
4.	Johanna F., 20 J.	led.	11. Oct. 82.	?
8.	Marie H., 41 J.	verh.	16. Nov. 82.	† nach 7 Tagen an Sepsis.
9.	Susanna N., 41 J.	verh.	27. Nov. 82.	Befinden gut.
10.	Antonie H., 32 J	verh.	11. Dec. 82.	Befinden gut; 4 mal nach der Operation geboren.
11.	Marie P., 36 J.	verh.	23. Jan. 83.	Befinden gut.
14.	Anna S., 23 J.	led.	2. Febr. 83.	?
16.	Anna B., 47 J.	verh.	17. März 83.	† am nächst. Tage an Sepsis.
17.	Henriette A., 40 J.	verh.	19. März 83.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.
19.	Theresia R., 21 J.	led.	16. März 83.	?
20.	Rosalie S., 30 J.	verh.	27. Mai 82.	† nach 2 Tagen an Sepsis.
21.	Amalie F., 40 J.	verh.	12. Juli 82.	† nach 8 Tagen an Sepsis.
22.	Luise S., 48 J.	verh.	21. Dec. 82.	† am nächst. Tage an Sepsis.
23.	Bertha F., 39 J.	verh.	21. April 83.	Hernia ventralis, sonst Befinden gut.

*) ? bedeutet, dass es uns nicht gelungen ist, über das weitere Befinden der Patientin Nachricht zu erhalten.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
25.	Ernestine G., 53 J.	verh.	30. Mai 83.	?	
27.	Luise N., 49 J.	verh.	4. Juni 83.	?	
28.	Auguste G., 39 J.	verh.	8. Juni 83.	Befinden gut.	
32.	Rosina R, 35 J.	led.	13. Juli 83.	?	
34.	Josephine W., 52 J.	verh.	19. Juli 83.	† 15. Aug. 83 an Marasmus.	
35.	Caroline E., 36 J.	verh.	30. Juli 83.	Hernia ventralis, sonst Befinden gut; 2 mal nach der Operation geboren.	
36.	Helene B., 46 J.	verh.	4. Aug. 83.	Befinden gut.	
37.	Bertha N., 36 J.	led.	13. Oct. 83.	?	
39.	Baronin v. T., 30 J.	verh.	17. Oct. 83.	?	
42.	Amalie N., 35 J.	led.	28. Nov. 83.	Befinden gut.	
47.	Marie K., 28 J.	led.	18. Febr. 84.	† am selben Tage an Sepsis.	
48.	Eva S., 52 J.	verh.	8. März 84.	Hernia ventralis, sonst Befinden gut.	
51.	Anna K., 47 J.	led.	30. April 84.	Befinden gut.	Beiderseit. Tumor, rechts vor d. Operat. geplatzt.
52.	Cäcilie D., 46 J.	led.	3. Mai 84.	Befinden gut.	
58.	Clara L., 32 J.	led.	3. Juli 84.	† nach 5 Tagen an Sepsis.	

61.	Johanna W., 31 J.	verh.	15. Sept. 84.	† 19. Februar 85 an »Darmverschlingung.«
62.	Anna K., 63 J.	verh.	22. Sept. 84.	† 3. Oct. 84 an Marasmus.
63.	Agnes S., 43 J.	led.	6. Oct. 84.	?
66.	Marie C., 27 J.	verh.	15. Dec. 84.	Befinden gut, 2 mal nach der Operation geboren.
67.	Bertha L., 36 J.	verh.	16. Dec. 84.	† im Jahre 88.
68.	Anna P., 24 J.	led.	12. Jan. 85.	† nach 7 Tagen an Sepsis.
70.	Rosina C., 25 J.	verh.	28. Jan. 85.	Befinden gut, 4 mal nach der Operation geboren.
73.	Marie M., 31 J.	verh.	3. Febr. 85.	Befinden gut, 2 mal nach der Operation geboren.
74.	Clara M., 26 J.	verh.	10. Febr. 85.	† 29. Jan. 88 an Puerperalfieber, 2 mal nach der Operation geboren.
75.	Johanna M., 63 J.	verh.	14. Febr. 85.	Befinden gut (Patientin vermag noch alle Arbeiten zu verrichten).
76.	Mathilde G., 46 J.	verh.	28. Febr. 85.	Befinden gut.
81.	Pauline H., 42 J.	verh.	11. April 85.	?
82.	Pauline F., 36 J.	led.	14. April 85.	† nach 4 Tagen an Sepsis.
84.	Caroline H., 60 J.	verh.	21. April 85.	† nach 3 Tagen an Sepsis.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
87.	Barbara G., 65 J.	verh.	5. Mai 85.	Befinden gut.	
88.	Ida B., 19 J.	led.	17. Juni 85.	Befinden gut.	
90.	Marie Z., 19 J.	led.	30. Juli 85.	?	
92.	Henriette L., 49 J.	verh.	21. Sept. 85.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	
93.	Leokadie S., 46 J.	verh.	23. Sept. 85.	?	
94.	Mathilde M., 36 J.	led.	3. Oct. 85.	?	
97.	Ida S., 21 J.	led.	12. Oct. 85.	Befinden gut.	
98.	Amalie R., 47 J.	verh.	13. Oct. 85.	Schmerzen im Kopf und in den Beinen, sonst Befinden gut.	
99.	Julie S., 39 J.	verh.	15. Oct. 85.	† nach 2 Tagen an Sepsis.	Tumor beiderseitig und verjaucht.
100.	Jenny S., 60 J.	verh.	19. Oct. 85.	† nach 3 Tagen an Sepsis.	Tumor beiderseitig und verjaucht.
101.	Leopoldine S., 27 J.	verh.	23. Oct. 85.	Befinden gut, 2 mal nach der Operation geboren.	
102.	Gertrud H., 21 J.	verh.	6. Nov. 85.	Befinden gut, 3 mal nach der Operation geboren.	Zur Zeit der Operation im 4. Monat gravide.

109.	Pauline S., 34 J.	verh.	5. April 86.	Klagt üb. Schwäche i. Unterleib, sonst Befind. gut.	
110.	Hedwig Qu., 42 J.	verh.	20. April 86.	Befinden gut.	
111.	Marie R., 54 J.	verh.	6. Mai 86.	Klagt über Schmerzen im Rück., sonst Befind. gut.	
112.	Johanna S., 31 J.	verh.	14. Mai 86.	Befinden gut.	
117.	Marie H., 48 J.	verh.	5. Juni 86.	† nach 8 Tagen an Sepsis durch Aufplatzen der Bauchrunde.	
122.	Ida H., 26 J.	led.	3. Juli 86.	Befinden gut.	Tumor vereitert.
123.	Franziska G., 43 J.	verh.	19. Juli 86.	Befinden mässig (Patientin kann schwere Arbeit nicht mehr verrichten).	
125.	Henriette B., 45 J.	verh.	19. Juli 86.	Befinden gut.	
124.	Ida G., 41 J.	verh.	20. Juli 86.	† 18. Mai 89 an Carcinoma uteri.	
126.	Auguste T., 52 J.	verh.	30. Juli 86.	† 15. Mai 88.	
127.	Caroline S., 58 J.	verh.	28. Juli 86.	Befinden gut.	
128.	Anna G., 35 J.	verh.	24. Sept. 86.	?	
129.	Anna B., 22 J.	led.	16. Sept. 86.	?	
130.	Franziska N., 34 J.	verh.	20. Oct. 86.	Befinden gut.	
131.	Caroline P., 38 J.	verh.	6. Nov. 86.	† nach 12 Tagen an Sepsis.	Tumor vereitert.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
132.	Bertha L., 29 J.	led.	11. Nov. 86.	Befinden gut.	Tumor vereitert.
133.	Auguste F., 21 J.	led.	9. Dec. 86.	† nach 3 Tagen an Sepsis.	
134.	Rosina P., 61 J.	verh.	27. Jan. 87.	† nach 6 Tagen an Sepsis.	
135.	Marie B., 27 J.	verh.	4. Febr. 87.	Befinden gut, 1 mal nach der Operation geboren.	
138.	Johanna S., 44 J.	verh.	19. Febr. 87.	?	
139.	Marianne S., 40 J.	verh.	10. März 87.	Befinden gut.	
140.	Franziska S., 41 J.	verh.	12. März 87.	Befinden gut.	
142.	Agnes B., 51 J.	verh.	8. März 87.	Befinden gut.	
143.	Auguste F., 30 J.	verh.	31. März 87.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befind. gut; 1 mal nach d. Operat. geboren.	
144.	Anna A., 21 J.	led.	27. April 87.	Befinden gut.	
153.	Hedwig B., 17 J.	led.	2. Juli 87.	Befinden gut.	
156.	Johanna M., 49 J.	verh.	26. Juli 87.	Im Mai 89 ein inoperables Recidiv constatirt.	
158.	Magda K., 27 J.	led.	2. Sept. 87.	Befinden gut.	
159.	Franziska S., 41 J.	verh.	16. Sept. 87.	Bis auf Mattigkeit in den	Totalexstirpation wegen

165.	Pauline S., 54 J.	verh.	20. Oct. 87.	Befinden mässig.	
166.	Elisabeth H., 28 J.	led.	31. Oct. 87.	Befinden gut.	Beiderseit. Ovariotomie.
171.	Elise R., 35 J.	led.	12. Dec. 87.	?	
176.	Therese W., 44 J.	verh.	21. Jan. 88.	Befinden gut.	
177.	Auguste S., 25 J.	led.	2. Febr. 88.	Kleine Hernia ventralis, Befinden gut.	
178.	Christiane H., 41 J.	led.	16. Febr. 88.	Befinden gut.	
179.	Anna F., 46 J.	verh.	22. Febr. 88.	† October 89 an phtisis pulmonum.	
181.	Karoline K., 59 J.	verh.	15. März 88.	Befinden gut.	
183.	Rosina S., 32 J.	verh.	17. April 88.	Befinden gut.	
184.	Adelheid T., 48 J.	verh.	2. Mai 88.	Befinden gut.	
187.	Pauline R., 45 J.	verh.	12. Mai 88.	†*)	
189.	Agathe H., 55 J.	verh.	19. Mai 85.	Befinden gut.	
190.	Emma H., 17 J.	led.	5. Juni 88.	Befinden gut.	
191.	Antonie B., 52 J.	verh.	6. Juni 88.	Klagt über Schwäche im Kreuz und Unterleib, sonst Befinden gut.	
192.	Helene E., 42 J.	verh.	8. Juni 88.	†	
196.	Marie W., 42 J.	verh.	2. Juli 88.	† am nächst. Tage an Sepsis.	

*) † bedeutet, dass die Patientin nach ihrer Entlassung aus der Klinik gestorben ist und dass wir weder den Todestag noch die Todesursache ermitteln konnten.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
197.	Bertha R., 40 J.	verh.	17. Juli 88.	†nach 3 Tag. an Pneumonie.	
198.	Emma T., 31 J.	verh.	18. Juli 88.	Befinden mässig (Fieber infolge v. Eiter. am Stiel).	
200.	Bertha D., 25 J.	verh.	15. Aug. 88.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	
201.	Katharina M., 23 J.	led.	1. Sept. 88.	Befinden gut.	
202.	Pauline G., 22 J.	led.	13. Aug. 88.	Befinden gut.	
203.	Caroline S., 28 J.	led.	16. Aug. 88.	?	
204.	Caroline S., 27 J.	led.	9. Aug. 88.	Befinden gut.	
207.	Rosina G., 38 J.	verh.	19. Oct. 88.	Befinden gut.	
209.	Anna M., 24 J.	led.	24. Oct. 88.	Befinden gut.	
217.	Hedwig H., 43 J.	verh.	7. Jan. 89.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	Doppelseit. Ovariotomie.
218.	Emilie K., 30 J.	verh.	16. Jan. 89.	Befinden gut.	
220.	Bertha B., 25 J.	verh.	21. Jan. 89.	?	
221.	Luise S., 65 J.	verh.	13. Febr. 89.	Befinden gut.	
224.	Luise R., 32 J.	verh.	4. Oct. 88.	Befinden gut.	
226.	Bertha H., 23 J.	verh.	1. April 89.	Befinden gut.	
229.	Beate K., 26 J.	verh.	2. Mai 89.	Befinden gut.	

245.	Auguste B., 21 J.	led.	9. Sept. 89.	Befinden gut.
246.	Anna R., 25 J.	verh.	10. Sept. 89.	Befinden gut.
247.	Theresia P., 65 J.	verh.	12. Sept. 89.	† nach 6 Tagen an Sepsis.
250.	Marie C., 38 J.	led.	7. Oct. 89.	Befinden gut.
254.	Hades K., 56 J.	verh.	29. Oct. 89.	Befinden gut.
256.	Ida S., 26 J.	verh.	3. Dec. 89.	?
259.	Ernestine F., 61 J.	verh.	9. Jan. 90.	Markstückgrosse Hernia ventral., sonst Befind. gut.
260.	Charlotte W., 60 J.	verh.	10. Jan. 90.	Befinden gut.
261.	Caroline H., 42 J.	verh.	10. Jan. 90.	Befinden gut.
262.	Heie W., 44 J.	verh.	14. Febr. 90.	Befinden gut.
264.	Elise S., 26 J.	verh.	28. Febr. 90.	Befinden gut.
266.	Anastasia O., 41 J.	led.	7. März 90.	Befinden gut.
270.	Marie Z., 71 J.	verh.	15. März 90.	Befinden gut.
271.	Pauline D., 29 J.	verh.	20. März 90.	Befinden gut.

Papillome und papilläre Kystome.

12.	Marie M., 30 J.	verh.	22. Jan. 83.	† December 85.	Am 7. April 84 nochmalig. (beiderseit.) Operation wegen Recidiv. Das 1. Mal Kystoma papill., das 2. Mal Papillom.

2

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
13.	Marie R., 49 J.	verh.	25. Jan. 83.	† Juli 83 an einem Recidiv.	Kystoma papill. Beiderseitige Ovariotomie.
46.	Mathilde K., 28 J.	verh.	30. Jan. 84.	† 15. Jan. 87 an ein. Recidiv.	Kystoma papillare.
53.	Helene M., 35 J.	verh.	29. Mai 84.	† Octbr. 87 an Sepsis nach einem Kaiserschnitt.	Kystoma papillare. Der Kaiserschnitt wurde gemacht wegen eines inoperablen, verjaucht. und nach der Scheide durchgebr. Carcinoms des ander. Ovariums.
71.	Susanna C., 27 J.	verh.	30. Jan. 85.	† 10. Febr. 88 a. Wassersucht.	Papilloma ovar. utriusque.
79.	Auguste H., 33 J.	led.	17. April 85.	† 24. Aug. 88 an ein. carcinomatis entart. papill. Kyst.	Kystoma papillare.
80.	Emilie O., 27 J.	verh.	11. April 85.	Hernia ventr., Befinden gut; 4mal n. d. Operation geb.	Kystoma papillare.
85.	Caroline F., 56 J.	verh.	22. April 85.	Befinden gut.	Kystoma papillare.
95.	Hermine M., 43 J.	verh.	10. Oct. 85.	Befinden schlecht, Recidiv (solid. Tumor) constatirt	Papilloma ovarii utriusque; 16. Jan. 89 noch-

136.	Catharina W., 43 J.	verh.	9. Febr. 87.	† 22. Aug. 88 an ein. Recidiv.	Kystoma papillare.
145.	Rosina D., 39 J.	verh.	15. April 87.	† am nächst. Tage an Ileus	Kystoma papillare.
170.	Pauline H., 34 J.	verh.	7. Dec. 87.	Befinden gut.	Papilloma ovar.utriusque.
180.	Ottilie S., 49 J.	verh.	12. März 88.	† Sommer 89 an Pleuritis. Die Section ergab ein Recidiv (papill. Kystom).	Papilloma ovar.utriusque.
242.	Auguste G., 49 J.	verh.	16. Juli 89.	Befinden gut.	Kystoma papillare.

Parovarialcysten.

6.	Marie H., 44 J.	verh.	24. Jan. 83.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	
33.	Julie B., 39 J.	verh.	12. Juli 83.	Befinden gut.	
38.	Emilie H., 27 J.	led.	12. Oct. 83.	Befinden gut.	Doppelseit. Ovariotomie.
40.	Cäcilie V., 59 J.	led.	19. Oct. 83.	?	
41.	Alwine S., 50 J.	verh.	5. Nov. 83.	Befinden gut.	
44	Agnes L., 24 J.	verh.	10. Dec. 83.	?	
55.	Lina B., 41 J.	verh.	20. Juni 84.	Befinden gut.	
65.	Auguste H., 37 J.	verh.	27. Oct. 84.	Befinden gut.	
77.	Amalie H., 63 J.	verh.	4. März 85.	Befinden gut.	
78.	Ernestine S., 42 J.	verh.	13. März 85.	Befinden gut.	
113.	Christiane L., 54 J.	verh.	20. Mai 86.	Befinden gut.	
119.	Pauline W., 24 J.	led.	24. Juni 86.	?	

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
137.	Anna J., 31 J.	verh.	14. Jan. 87.	Befinden mässig (Ulcus ventriculi).	
141.	Auguste S., 27 J.	verh.	14. März 87.	?	Doppelseit. Ovariotomie.
150.	Pauline S., 42 J.	verh.	23. März 87.	†	
156.	Martha T., 32 J.	led.	1. Juli 87.	Befinden gut.	
168.	Dorothea S., 51 J.	verh.	14. Nov. 87.	Hernia ventral., Befind. gut.	
172.	Auguste K., 50 J.	verh.	14. Dec. 87.	Befinden gut.	
195.	Eveline R., 52 J.	verh.	3. Juli 88.	† an Phtisis pulmonum.	
210.	Marie W., 26 J.	led.	27. Oct. 88.	Hernia ventral.. Befind. gut.	
213.	Franziska H., 41 J.	verh.	24. Nov. 88.	Befinden gut.	
222.	Theresia G., 27 J.	led.	7. März 89.	Klagt über Kopfschmerzen, sonst Befinden gut.	
223.	Rosina K., 51 J.	verh.	12. März 89.	Befinden gut.	Doppelseit.Parovariotom.
227.	Johanna T., 49 J.	led.	5. April 89.	Befinden gut.	
231.	Ernestine B., 36 J.	verh.	7. Mai 89.	Befinden gut.	
233.	Josephine F., 47 J.	verh.	22. Mai 89.	Befinden gut.	
244.	Ernestine W., 39 J.	verh.	9. Aug. 89.	Befinden gut.	
263.	Rosine K., 44 J.	verh.	25. Febr. 90.	?	
265.	Anna K., 35 J.	verh.	7. März 90.	Befinden gut.	

30.	Marie S., 26 J.	verh.	25. Juni 85.	Befinden gut, 2 mal nach der Operation geboren.	
50.	Mathilde H., 32 J.	verh.	1. April 84.	† October 86, 1 mal nach der Operation geboren.	
75.	Constantine R., 20 J.	verh.	19. Febr. 85.	Befind. gut, 3 mal n. d. Operat. geboren u. jetzt gravide.	
89.	Hedwig P., 22 J.	led.	1. Juli 85.	?	
91.	Marie S., 31 J.	verh.	13. Aug. 85.	Befinden gut.	
106.	Perl P., 17 J.	led.	8. Febr. 86.	Befinden gut.	März 87 Ovariotomie auf der anderen Seite.
107.	Emilie B., 23 J.	led.	14. März 86.	Befinden mässig (Schmerz. in d. Seite), 2 tote, 1 leb. Kind nach d. Operation.	
126.	Marie K., 49 J.	verh.	28. Juni 86.	† nach 2 Tagen an Sepsis.	
182.	Pauline S., 27 J.	led.	12. April 88.	Befinden gut.	
194.	Cäcilie T., 39 J.	led.	27. Juni 88.	Befinden gut.	
206.	Rosa M., 19 J.	led.	17. Oct. 88.	Befinden gut.	
212.	Emilie F., 44 J.	verh.	24. Nov. 88.	† n. 8 Tag. a. Lungenembolie.	
214.	Johanna J., 45 J.	led.	1. Dec. 88.	Befinden gut.	Doppelseit. Ovariotomie.
225.	Anna K., 39 J.	led.	30. März 89.	?	
258.	Anna Z., 25 J.	led.	10. Jan. 90.	Schmerzen in der Seite, sonst Befinden gut.	

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
			Sarcome.		
7.	Johanna S., 40 J.	verh.	7. Nov. 82.	† am nächst. Tage an Sepsis.	Cystosarcoma.
15.	Luise K., 21 J.	led.	10. März 83.	?	
49.	Ernestine R., 33 J.	verh.	28. März 84.	Befinden gut.	Fibrosarcoma.
86.	Paula A., 37 J.	verh.	2. Mai 85.	?	Myxosarcoma.
115.	Agnes S., 36 J.	verh.	28. Mai 86.	Befinden gut, 1 mal nach der Operation geboren.	Cystosarcoma.
173.	Florentine Z., 27 J.	led.	16. Dec. 87.	† nach 3 Tagen an Sepsis.	Beiderseit. Ovariotomie, zugl. Carcinom. ventric.
175.	Emilie S., 43 J.	led.	9. Jan. 88.	Befinden gut.	
188.	Luise B., 56 J.	verh.	16. Mai 88.	† 10. October 88.	
193.	Emilie P., 52 J.	verh.	20. Juni 88.	† nach 3 Tagen an Sepsis.	Doppelseit. Ovariotomie.
267.	Ernestine K., 62 J.	verh.	21. Febr. 90.	Befinden gut.	Fibrosarcoma.
			Carcinome und carcinomatöse Kystome.		
26.	Bertha P., 14 J.	led.	31. Mai 83.	Befinden gut.	Carcimona.
43.	Helene S., 32 J.	verh.	3. Dec. 83.	† 29. Juni 84.	Carcinoma ovar. utriusque
54.	Johanna R., 52 J.	verh.	31. Mai 84.	Befinden gut.	Kystoma papillare carcinomatosum ovarii utriusque.

83.	Elisabeth F., 54 J.	vern.	20. April 89.	† Kurz darauf.	
96.	Dorothea P., 46 J.	verh.	8. Oct. 85.	† nach 2 Tag. an Schwäche.	Kystoma carcinomatos.
118.	Bertha M., 41 J.	verh.	24. Juni 86.		Carcinoma ovarii sinistri.
			30. März 87.		Kystoma carcinomatosum ovarii dextri.
				† 24. Febr. 90 an »Rückenmarksleiden«.	
146.	Ida A., 33 J.	verh.	29. April 87.	† 25. Aug. 87 an Magencarcinom.	Carcinom. ovar. utriusque.
155.	Laura V., 51 J.	led.	7. Juli 87.	† nach 2 Tagen an Sepsis.	Carcinom. ovar. utriusque.
164.	Henriette W., 50 J.	verh.	17. Oct. 87.	Befinden gut.	Carcinoma.
167.	Anna M., 44 J.	verh.	8. Nov. 87.	Befinden gut.	Carcinoma.
169.	Barbara B., 31 J.	verh.	19. Nov. 87.	Befinden gut, 1 mal nach der Operation geboren.	Carcinoma.
205.	Auguste H., 57 J.	verh.	17. Oct. 88.	† nach 8 Tagen an Pneumonie. Metastasen an Rectum und Leber.	Kystoma carcinomatos.
208.	Johanna F., 40 J.	verh.	26. April 89.	?	Kystoma carcinomatos.
230.	Emilie S., 50 J.	led.	3. Mai 89.	† 10. April 90.	Kystoma carcinomatos.
232.	Katharine J., 44 J.	verh.	18. Mai 89.	† am nächsten Tage an Schwäche.	Kystoma carcinomatosum ovarii utriusque.
236.	Agnes P., 46 J.	verh.	6. Juni 89.	† nach 10 Tag an Kachexie.	Carcinoma.

No.	Name und Alter.	Verheiratet?	Tag der Operation.	Nachrichten über das weitere Befinden.	Bemerkungen.
238.	Anna S., 36 J.	verh.	11. Juli 89.	† 8. August 89.	Carcinoma.
240.	Pauline M., 58 J.	led.	13. Juli 89.	† 7. Sept. 89 an Kachexie.	Kystoma carcinomatos.
243.	Emilie S., 44 J.	verh.	17. Juli 89.	Befinden gut.	Glanduläres proliferirendes Kystoma combinirt mit carcinomatösem Dermoidkystom.
251.	Mathilde Z., 60 J.	verh.	24. Sept. 89.	† 8. Octbr. 89 an Schluckpneumonie nach überstandenem Ileus.	Kystoma carcinomatos.
255.	Maria P., 43 J.	verh.	12. Nov. 89.	Befind. schlecht (Recidiv).	Kystoma carcinomatos.
			Fibromyome.		
3.	Bertha J., 24 J.	led.	12. Oct. 82.	?	
253.	Emma H., 22 J.	led.	24. Oct. 89.	Befinden gut.	
			Besondere Fälle.		
149.	Agnes N., 47 J.	verh.	7. März 87.	Befinden gut.	Tumor ovarii partim cysticum, partim solidum.
239.	Marie B., 64 J.	verh.	10. Juli 89.	Befinden gut.	Glanduläres proliferiren-

31.	Johanna B., 30 J.	verh.	5. Juli 83.	†nach 12 Tagen (Jodoformintoxication?)	Glanduläres proliferirendes Kystom.
45.	Anna G., 23 J.	verh.	15. Jan. 84.	† nach 6 Wochen.	Carcinom. ovar. utriusque.
69.	Anna A., 39 J.	led.	26. Jan. 85.	† nach 4 Tagen an Pyelonephritis.	Parovarialcyste.
114.	Christiane H., 49 J.	verh.	28. Mai 86.	† nach 4 Tag. an Cachexie.	Carcinoma.
121.	Henriette K., 60 J.	verh.	3. Juli 86.	† 19. August 86.	Glanduläres proliferirendes Kystom.
147.	Pauline S., 53 J.	verh.	26. April 87.	†	Carcinoma.
148.	Johanna G., 47 J.	led.	3. März 87.	† August 87.	Kystoma carcinomatos.
161.	Johanna N., 35 J.	led.	5. Oct. 87.	Juli 90 Recidiv constatirt.	Glanduläres proliferirendes Kystom.

Inoperable Fälle.

160.	Helene G., 59 J.	led.	Sept. 87.	?	Carcinoma.
248.	Rosette R., 56 J.	verh.	Sept. 89.	†	Carcinoma.
249.	Agnes V., 35 J.	verh.	Sept. 89.	?	Carcinoma.
252.	Marie R., 58 J.	verh.	Oct. 89.	† 9. Januar 90.	Carcinoma.
257.	Henriette K., 63 J.	verh.	Jan. 90.	?	Carcinoma.

Wir wollen einen allgemeinen Überblick über die Endergebnisse der speciellen Besprechung voranstellen.

Die im Ganzen vorhandenen 271 Fälle verteilen sich auf die einzelnen Tumorarten wie folgt:

Hydrops. follicularis	15	Fälle	(5%)
Glanduläres proliferirendes Kystom . .	147	„	(58%)
Papillom bezw. papilläres Kystom . .	15	„	(5%)
Parovarialcysten	31	„	(11%)
Dermoidcysten	16	„	(6%)
Fibromyome	2	„	(0,7%)
Sarcome	10	„	(3%)
Carcinome bezw. carcinomatöse Kystome	33	„	(12%)
Andere Fälle	2	„	(0,7%)

Ins Auge fallend ist hierbei der hohe Procentsatz den die malignen Tumoren einnehmen: 44 Sarcome und Carcinome, d. s. 16,3 %; und wenn wir, wozu wir, wie im folgenden gezeigt werden soll, wohl berechtigt sind, die Papillome bezw. papillären Kystome zu den malignen Geschwülsten hinzurechnen, so erhielten wir sogar 59 bösartige Fälle oder 22,2 %. Hiernach ist also jeder fünfte Tumor ein maligner gewesen! Ausser in der oben citirten Arbeit von Cohn, nach dessen Angaben von 600 von Schröder operirten Ovarialtumoren 100 maligne gewesen sind, haben wir nirgends eine Berechnung des Verhältnisses der bösartigen zu den gutartigen Eierstocksgeschwülsten gefunden. Nur der Procentsatz der soliden Tumoren ist wiederholt festgestellt worden. So auch von Olshausen: Derselbe berechnet nach Angaben einer Reihe von Autoren die Häufigkeit der soliden Tumoren (wozu er Fibrome, Sarcome, Myxome, Endotheliome, Papillome, Enhondrome und Carcinome zählt) auf 9,9 % und fügt hinzu, dass diese Ziffer zweifellos zu hoch sei und dass man 5 % als richtig annehmen könne. Bestimmen wir durch Hinweglassen der papillären Kystome und der carcinomatös entarteten Kystome und Hinzufügen der 2 Fibrome die Anzahl von soliden Tumoren in unserer Tabelle, so ergeben sich 29 Fälle oder

13,6 %, also ein fast 3 mal so häufiges Vorkommen solider Geschwülste, als Olshausen es annimmt.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik starben von den 271 Patientinnen 43 (16 %) und zwar:

Hydrops follicularis	2	Fälle	(13%)
Glanduläre proliferirende Kystome	25	„	(17%)
Papillome bezw. papilläre Kystome	3	„	(20%)
Parovarialcysten	1	„	(3%)
Dermoidcysten	2	„	(12%)
Fibromyome	—	„	
Sarcome	3	„	(33%)
Carcinome bezw. carcinomatöse Kystome	7	„	(21%)
Andere Fälle	—	„	

Daraus ergiebt sich eine Mortalität von 30 Fällen für die wegen gutartiger Tumoren Operirten und von 13 Fällen für die Patientinnen mit malignen Geschwülsten. An Sepsis starben von 43 Fällen 24; wie sich jedoch die Mortalität an Sepsis in den verschiedenen Jahren verschieden verhält, soll weiter unten an dem Beispiel der glandulären proliferirenden Kystome gezeigt werden.

Nach ihrer Entlassung aus der Klinik starben im Ganzen 33 oder 12 % und zwar:

Hydrops follicularis	—	Fälle	
Glanduläre proliferirende Kystome	9	„	(6%)
Papillome bezw. papilläre Kystome	7	„	(47%)
Parovarialcysten	2	„	(6%)
Dermoidcysten	1	„	(6%)
Fibromyome	—	„	
Sarcome	1	„	(11%)
Carcinome bezw. carcinomatöse Kystome	13	„	(40%)
Andere Fälle	—	„	

Von gutartigen Tumoren also im Ganzen 12, von bösartigen 21 Todesfälle.

Doppelseitige Ovariotomie wurde in 25 Fällen gemacht und zwar bei:

Hydrops follicularis	1 mal (6%)

Glanduläre proliferirende Kystome	5 mal	(3%)
Papillome bezw. papilläre Kystome . . .	7 „	(47%)
Parovarialcysten	3 „	(10%)
Dermoidcysten	1 „	(6%)
Fibromyome	— „	
Sarcome.	2 „	(22%)
Carcinome	6 „	(18%)
Besondere Fälle.	— „	

Im Ganzen also bei gutartigen Tumoren 10 mal, bei bösartigen 15 mal.

Wir wenden uns nun zur genaueren Besprechung der Endergebnisse bei den einzelnen Tumorarten.

Von den 15 Patientinnen, die wegen Hydrops follicularis operirt worden sind, starben zwei während ihres Aufenthalts in der Klinik; die eine an Herzschwäche, die andere (eine 71jährige Frau) an hypostatischer Pneumonie. Alle übrigen Patientinnen berichten, dass sie sich nach der Operation gesund und kräftig fühlen wie früher, sodass wir die Prognose sowohl für die Operation als für die definitive Heilung als sehr günstig ansehen können.

Auch bei den glandulären proliferirenden Kystomen erhielten wir in weitaus den meisten Fällen auf unsere Anfrage nach dem Befinden als Antwort die Versicherung absoluter Gesundheit und vollkommenen Wohlbefindens. »Ich habe mich mein ganzes Leben lang noch nicht so wohl gefühlt«, versichern viele, und zwei (davon die eine $^1/_2$ Jahr nach der Operation) berichten, sie hätten ohne Beschwerde anstrengende Gebirgstouren unternommen, die ohne jede nachteiligen Folgen geblieben wären. In einigen Fällen ist das Befinden nicht vollkommen befriedigend; bei fünf Patientinnen ist eine Hernia ventralis von der Operation zurückgeblieben, die sie mehr oder weniger belästigt; andere klagen über »Schwäche im Unterleib« oder »Mattigkeit in den Gliedern«. Auffällig ist die Thatsache, dass eine ganze Anzahl von Frauen übereinstimmend angeben, sie litten seit der Operation an starken Kopfschmerzen,

und zwar sind das nicht die, welche beiderseitig ovariotomirt sind, sodass man die Schmerzen etwa unter die bei Cessiren der Menses beobachteten rechnen könnte. In 3 Fällen (No. 156, 161 und 163) zeigte sich längere Zeit nach der Operation wegen glandulärer proliferirender Kystome ein erneutes Wachstum des Tumors und zwar das eine Mal nach fast 2, die beiden anderen Male nach $2^3/_4$ Jahren. Bei beiden letzteren Fällen war es bei der Operation nicht gelungen, die Cyste herauszuziehen, sodass sich der Operateur damit begnügen musste, die Kuppel abzutragen und einzunähen. Wahrscheinlich waren auch bei dem dritten Fall Reste des Tumors unbemerkt zurückgeblieben. Diese Fälle beweisen durch ihr langes Wohlbefinden nach der Operation, welchen Wert selbst unvollendbare Operationen haben.

Von den 143 (abzüglich der 4 unvollendeten Operationen) im Laufe der 8 Jahre zur Operation gelangten glandulären proliferirenden Kystomen starben noch während ihres Aufenthaltes in der Klinik 23, d. s. 16,1 %. Dieser recht hohe Procentsatz der Mortalität war, entsprechend der verbesserten Technik und der peinlicheren Antisepsis in den letzten Jahren, am Anfang viel höher als am Schluss; während von den 86 zur Operation gekommenen Fällen der ersten 5 Jahre noch 19, d. s. 22,2 % zu Grunde gingen (davon 16 an Sepsis, 2 an Marasmus, 1 an den Folgen der Dehiscenz der Bauchwunde am achten Tage), starben in den letzten 3 Jahren von 57 nur noch 5, d. s. 7,1 % (3 an Sepsis, 1 an Pneumonie). Von den 120 Patientinnen, die die Operation und die Gefahren der nächsten Zeit glücklich überstanden haben, erhielten wir auf unsere Anfrage über das Befinden von 100 Auskunft. Von diesen sind 8 gestorben: 3 an intercurrenten Krankheiten (Puerperalfieber, Ileus, »Darmverschlingung«), bei 4 Patientinnen ist die Todesursache nicht zu eruiren gewesen, eine starb fast 3 Jahr nach der Operation an einem Uteruscarcinom: Ida G. (No. 124 in unserer Tabelle), 41 Jahr alt, verheiratet, war am 2. August 1886 wegen

einer mannskopfgrossen Ovariencyste ohne besondere Schwierigkeiten operirt worden, die Cyste war völlig entfernt und Patientin geheilt aus der Klinik entlassen worden. Mitte des Jahres 1889 kam sie wegen neuer Beschwerden in die Klinik, wo ein inoperables Cervixcarcinom constatirt wurde, das in kurzer Zeit zum Tode führte. Dass dieses Carcinom, das fast 3 Jahre nach der Operation eintrat, in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Operation zu bringen ist, halten wir für unwahrscheinlich und glauben vielmehr, dass es ganz unabhängig von derselben entstanden ist. Anders liegen die Verhältnisse bei Fall No. 162: Wilhelmine S., 61 Jahr alt, verheiratet, ist am 11. October 1887 wegen eines glandulären proliferirenden Kystoms ovariotomirt worden. Die Operation war glatt verlaufen und der Tumor völlig entfernt. Seit einem Jahre (also 2 Jahre nach der Operation) ist Patientin, die sich bis dahin ganz gesund und kräftig gefühlt hat, nach Aussage des behandelnden Arztes an Carcinose erkrankt. Fälle, in denen Patientinnen nach Exstirpation eines gutartigen Ovarientumors an Carcinom, meist in der Bauchhöhle, erkrankten, sind in der Literatur wohl bekannt. Olshausen führt 38 solcher Fälle an und nimmt als Ursache für diese auffällige Erscheinung an, dass entweder — und das passt für den zweiten der oben citirten Fälle (Wilhelmine S.) — der Ovarientumor nur ein gewöhnliches Myxoidkystom war, seine Exstirpation aber das spätere Carcinom bedingte und zwar durch Zurückbleiben epithelialer Zellen aus dem Adenom oder Hineinfallen solcher Zellen in die Bauchhöhle: diese epithelialen Elemente fassten daselbst Fuss, würden weiter ernährt und entwickelten sich zu Carcinomen — oder dass — und das würde vielleicht auf den Fall Ida G. passen —, wenngleich ein proliferirendes Kystom vorzuliegen schien, es sich um einen Mischtumor handelte und carcinomatöse Partieen gleichfalls vorhanden waren.

Ein häufiger Ausgang der glandulären proliferirenden Kystome ist die carcinomatöse Entartung derselben: in unserer Tabelle nehmen in der Rubrik »Carcinome« diese

carcinomatösen Kystome mehr als die Hälfte ein. Die Endresultate dieser maligne degenerirten Fälle sind sehr schlechte: von den 11 zur Operation gelangten Fällen (bei 1 war die Operation unvollendbar) sind 8 bereits gestorben (6 kurz nach der Operation, 3 später), bei einem konnten wir keine Nachricht erhalten. Eine Patientin leidet gegenwärtig an einem Recidiv und nur eine kann als völlig geheilt gelten. Hier handelte es sich um die seltene Combination eines glandulären proliferirenden Kystoms mit einer carcinomatös entarteten Dermoidcyste. Über diesen Fall berichtet genauer Pfannenstiel in seiner Arbeit: »über die Pseudomucine der cystischen Ovariengeschwülste« (Habilitationsschrift, Leipzig 1890).

Wir kommen jetzt zur Besprechung der Oberflächenpapillome bezw. papillären Kystome. Wie nahe diese beiden Arten von Ovarialgeschwülsten, von denen Olshausen sagt, dass sie in Bau und Genese völlig harmonieren, einander stehen, beweisen die Fälle 12, 95 und 172, die in ihren Recidiven ein Wechseln zwischen beiden Geschwulstarten zeigen. Von besonderem Interesse ist Fall Nr. 95: Hermine M., 43 Jahr alt, verheiratet, war am 10. October 1885 wegen Papilloma ovarii utriusque ovariotomirt worden und blieb $3\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation völlig gesund, bis sich Anfang des Jahres 1889 ein Recidiv auf der linken Seite zeigte, dass sich bei der am 16. Januer 1889 vorgenommenen zweiten Operation als papilläres Kystom herausstellte. $1\frac{1}{2}$ Jahr lang blieb Patientin jetzt wieder ohne Beschwerden, da zeigte sich bei einer im August 1890 vorgenommenen Untersuchung folgender Befund: kachektisches Aussehen, im unteren Ende der Bauchnarbe eine Fistelöffnung, durch welche die Sonde c. 15 cm. tief nach unten links eindringt; aus der Öffnung ergiesst sich Eiter. Bei der combinirten Untersuchung fühlt man links unten vor dem Uterus einen etwa kindskopfgrossen, soliden Tumor aus dem kleinen Becken hervorragen.

Der zweite Fall (Nr. 12) ist Marie M., 30 Jahr alt, verheirathet. Patientin wurde am 22. Januar 1883 wegen

eines papillären Kystoms ovariotomirt. Nach einem Jahre zeigte sich ein Recidiv, dass sich bei der am 7. April 1884 vorgenommenen doppelseitigen Ovariotomie als Oberflächenpapillom erwies. Patientin starb im December 1885; ob an einem nochmaligen Recidiv, war nicht zu eruiren.

Diesen beiden Fällen reiht sich als dritter Nr. 172 an: Ottilie S., 49 Jahr alt, verheirathet, war am 12. März 1888 wegen Papilloma ovarii utriusque operirt worden. Sommer 1889 starb Patientin an einer Pleuritis, und bei der Section fand sich ein papilläres Kystom zwischen den Blättern des rechten ligamentum latum.

Von den Oberflächenpapillomen bezw. papillären Kystomen ist schon seit langer Zeit bekannt, dass sie zwar pathologisch-anatomisch in den meisten Fällen nicht zu den bösartigen Tumoren zu rechnen sind, sich aber klinisch als höchst maligne zeigen. Schon inbezug auf die Symptome sind sie den bösartigen Eierstockgeschwülsten sehr ähnlich: sowohl die häufige Doppelseitigkeit (in unseren 15 Fällen 7 mal, d. s. 47,6 %) und der fast stets vorhandene Ascites, als auch die Neigung sich auf andere Organe, namentlich das Peritoneum zu verbreiten, weisen auf Malignität hin. Und thatsächlich sind die von uns erhaltenen Endresultate der Operationen wegen Papillomen bezw. papillären Kystomen schlechter als die der Sarcome und Carcinome. Es starben nämlich von den 15 Patientinnen mit papillären Geschwülsten während ihres Aufenthaltes in der Klinik 2 (die eine an Shok, die andere an Ileus). Von den übrigen 13 sind 9 mal (71,3 %) Recidive eingetreten, die bei 8 Frauen bereits zum Tode geführt haben. (Wir nehmen an, dass es sich bei Fall Nr. 71, Susanne C., wo Patientin nach Angabe der Angehörigen an »Wassersucht« gestorben ist, ebenfalls um ein mit Ascites verbundenes Recidiv des Tumors gehandelt hat.) Diese Recidive traten in einigen Fällen noch innerhalb des ersten Jahres nach der Operation auf, in anderen zeigten sie sich erst nach mehreren Jahren, zweimal (Nr. 79 und der oben citirte Nr. 95) sogar erst nach $3\frac{1}{2}$ Jahren.

Nur in 4 Fällen (27 %), von denen überdies der eine erst vor einem Jahre operirt worden ist, ist eine absolute Heilung nach der Operation von Oberflächenpapillomen bezw. papillären Kystomen eingetreten, und zwar waren dies 3 Kystome und 1 Papillom.

Wie bereits bei den proliferirenden Kystomen, so haben wir auch bei den papillären Geschwülsten — und hier viel häufiger — eine mikroscopisch festzustellende Degeneration des anfangs pathologisch-anatomisch gutartigen Tumors in einigen Fällen zu constatiren. So bei Fall Nr. 79, wo Patientin, die am 17. April 1885 wegen eines papillären Kystoms operirt worden war, am 24. August 1888 an einem carcinomatös entarteten Recidiv zu Grunde ging. Auch in dem oben besprochenen Fall Nr. 95, Hermine M., spricht die solide Beschaffenheit des Tumors für ein Carcinom. Ein anderer hierher gehöriger Fall ist Nr. 53: Patientin, Helene M., 35 Jahr alt, verheiratet, war am 29. Mai 1884 wegen eines papillären Kystoms operirt worden und erkrankte October 1887 an einem Carcinoma des andern Ovariums, dessentwegen der Kaiserschnitt gemacht werden musste. Da der Tumor bereits verjaucht und nach der Scheide durchgebrochen war, so erlag die schon sehr heruntergekommene Patientin der Operation in wenigen Tagen.

Ausserordentlich günstig stellen sich die Endresultate der wegen Parovarialcysten gemachten Operationen: bis auf eine Patientin, die nach vier Tagen an Pyelonephritis zu Grunde ging, und zwei anderen, die nach ihrer Entlassung aus der Klinik starben (die eine an Phtise, die Todesursache der zweiten war nicht zu ermitteln), befinden sich alle wegen Parovarialcysten Operirten wohl und können in der überwiegenden Mehrzahl ohne Beschwerden ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen. Nur überraschte uns auch hier, wie bei den glandulären proliferirenden Kystomen, die von einigen Frauen vorgebrachte Klage über heftige Kopfschmerzen, an denen sie seit der Operation zu leiden hätten. Allerdings ist den ungenauen, nicht

von einem Arzt controlirten Angaben wenig Gewicht beizulegen. Das Post hoc deckt sich natürlich nicht mit dem Propter hoc!

Was die Erfolge der wegen Dermoidcysten gemachten Operationen anbetrifft, so sind von den 16 Fällen, die während der letzten 8 Jahre zur Operation gelangten, 2 noch während ihres Aufenthaltes in der Klinik gestorben (1 an Sepsis, 1 an Lungenembolie), 1 starb nach $2^1/_2$ Jahren (Todesursache war nicht zu eruiren) und von 2 erhielten wir keine Nachricht. Die übrigen 11 befinden sich sämmtlich wohl.

Dass auch bei den Dermoidcysten eine maligne Degeneration eintreten kann, ist bekannt. Auch wir verfügen über einen derartigen Fall, der bereits bei den proliferirenden Kystomen erwähnt worden ist. Hier handelte es sich um die Combination eines gutartigen Kystoms mit einer carcinomatös entarteten Dermoidcyste.

Von den 2 Fibromyomen, die zur Beobachtung kamen, erhielten wir von 1 Patientin Nachricht, deren Befinden nichts zu wünschen übrig lässt.

Wir kommen jetzt zu den pathologisch-anatomisch bösartigen Geschwülsten und fassen dabei zunächst die Sarcome ins Auge. Olshausen sagt über diese Ovarialgeschwülste: »im Ganzen lässt sich von den Sarcomen des Ovarium sagen, dass sie verhältnissmässig wenig maligne sind, selten Metastasen machen und, wie es scheint, auch nicht so sehr häufig doppelseitig sind. Die Malignität äussert sich mehr durch die oft sehr auffällige Beeinflussung des Allgemeinbefindens. Inbezug auf die eigentlich malignen Eigenschaften stehen sie aber nicht nur weit hinter den Carcinomen des Ovarium zurück, sondern auch hinter den papillären Kystomen, die freilich oft carcinomatöse Partieen enthalten.«

Diese Ansicht wird durch unsere Endergebnisse vollkommen bestätigt: von den 10 zur Beobachtung gelangten Sarcomen starben 3 kurz nach der Operation (alle 3 an Sepsis), 1 Patientin starb nach etwa $^1/_2$ Jahre (Todesur-

sache unbekannt), über das weitere Befinden von 2 Patientinnen gelang es uns nicht, Nachricht zu erhalten; die übrigen 4 (50%) sind völlig gesund. Wir lassen die Krankengeschichte einer vor $6^1/_2$ Jahren wegen eines Fibrosarcoms operirten und völlig geheilten Patientin folgen:

Fall No. 49, Ernestine R., 33 Jahre alt, seit 7 Jahren verheiratet, wurde am 24. März 1884 in die Klinik aufgenommen. 3mal spontan geboren, das letzte Mal vor $2^1/_2$ Jahren. Wochenbette normal. Menstruation zum ersten Mal zu 18 Jahren; immer schwach und unregelmässig; seit der letzten Schwangerschaft keine Menses mehr. Patientin bemerkte vor 2 Jahren einen Knoten in der linken Seite, der sich wieder verzog. Kurz darauf nahm der Leibesumfang zu und Patientin hatte Schmerzen im Kreuz und Rücken. Stuhlgang unregelmässig. Brennen beim Wasserlassen.

Grosse, mässig genährte, etwas anämische Person. Grosse Varicen an beiden Unterschenkeln. Brustorgane gesund. Abdomen gleichmässig stark vorgetrieben. Zahlreiche Striae. Bauchdecken straff gespannt, ziemlich dünn, gegen die Symphyse hin oedematös. Man fühlt einen nach oben bis zwei Finger breit unterhalb des processus xiphoideus reichenden, übermannskopfgrossen, kugelrunden, harten, glattrandigen, ziemlich schwer beweglichen, anscheinend nirgends mit den Bauchdecken verwachsenen Tumor. Am rechten oberen Segment desselben lassen sich einige unregelmässige Protuberanzen durchfühlen. Deutliche Druckempfindlichkeit nirgends vorhanden. Percussionsschall über dem Tumor leer, in den Lumbargegenden tympanitisch. Auscultation negativ. Grosse und kleine Labien stark oedematös. Corpus uteri retrovertirt, anscheinend nicht vergrössert. Parametrien frei.

Am 28. März 1884 Laparotomie. Bauchschnitt bis in die Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus geführt. Nach Durchtrennung des Peritoneums fliessen einige hundert Gramm klarer ascitischer Flüssigkeit ab. Der grosse, solide, grauweisse glattrandige Tumor ist nirgends ad-

haerent, doch gelingt es erst nach Erweiterung des Schnitts ihn durch die Bauchwunde herauszubringen. Darauf wird der reichlich daumendicke runde Stiel zweimal mit elastischer Ligatur unterbunden und über den Ligaturen abgeschnitten. Stiel versenkt. Fieberloser Verlauf. Patientin wird am 12. April geheilt entlassen.

Von Carcinomen gelangten im Ganzen 20 zur Beobachtung, wovon 5 inoperabel waren und bei 3 die Operation nicht vollendet werden konnte. Von den restirenden 12 Fällen starben noch während ihres Aufenthaltes in der Klinik 2 (1 an Sepsis, 1 an Kachexie), 4 gingen nach ihrer Entfernung zu Grunde, 1 Patientin leidet gegenwärtig an einem Recidiv. Die übrigen 6 Fälle sind ganz gesund und können auch als völlig geheilt angesehen werden, da bei allen mehr als 3 Jahre seit der Operation verflossen sind. Wir erhalten demnach als Endresultat der Operationen wegen Carcinom eine sichere Heilung von 50 %.

Wir lassen hier die Krankengeschichten von 2 vor $7\frac{1}{2}$ und $6\frac{1}{2}$ Jahren operirten und völlig geheilten Fällen folgen:

1. Bertha P., 14 Jahr alt, wurde am 22. Mai 1883 in die Klinik aufgenommen. Patientin litt schon seit Jahren an Schwächegefühl, Kopfschmerzen und zeitweiligem Erbrechen nach dem Essen. Weihnachten 1882 empfand sie zum ersten Mal unangenehme Gefühle von Druck und Spannung im Leibe und bemerkte schon damals eine harte, nicht schmerzhafte Geschwulst im Unterleibe. Dieselbe wuchs in den nächsten Wochen ziemlich rasch, ohne besondere Beschwerden zu verursachen. Erst im Februar stellten sich stärkere Beschwerden ein.

Mittelgrosses, gracil gebautes, mässig genährtes, etwas anämisches Mädchen. Geringer Panniculus. Mammae unentwickelt. Brustorgane gesund. Die Inspection des Unterleibes zeigt eine nicht ganz gleichmässig convexe, sondern in mehreren rundlichen Buckeln vorspringende, rechts von der Medianlinie stärker und in Nabelhöhe am deutlichsten ausgeprägte Vorwölbung des Leibes. Die Palpation ergiebt

bei ziemlich dünnen Bauchdecken einen hinter der Tymphyse aufsteigenden, nach oben bis 3 Finger breit über den Nabel hinausreichenden, etwa halb so breiten als hohen brettharten Tumor von rundlichen Contouren, der sich bei genauer Abtastung seiner Oberfläche als aus verschiedenen rundlichen, knolligen Tumoren zusammengesetzt erweist. Der ganze Tumor, leicht verschieblich nach allen Seiten, fluctuirt nicht und lässt keine Adhaerenzen an der Bauchwand erkennen. Schmerzen werden nur bei stärkerem Druck in geringem Masse empfunden. Percussionsschall über dem ganzen Tumor gedämpft. Auscultation negativ.

Nachdem Patientin durch Vollbäder, Scheidenirrigationen, Abführkur vorbereitet war, erfolgte am 31. Mai 1883 die Laparatomie. Bauchschnitt in der Medianlinie, 10 cm lang. Spaltung des Peritoneums auf der Hohlsonde. Der Tumor tritt in die Bauchwunde, es zeigt sich, dass derselbe solide ist und vom rechten Ovarium ausgeht. Keine Adhaesionen, kein Ascites. Dünner, strangförmiger Stiel, wird mit doppelter Seidenligatur unterbunden, darauf der Tumor abgetragen, der Stiel mit Jodoform bestreut, vernäht und versenkt. Blutung gering. Die ziemlich ausgedehnten Därme drängen sich öfters vor und erschweren die Operation. Toilette des Peritoneums mit Stichschwämmen. Schluss der Bauchwunde.

Der Tumor von länglich ovaler Gestalt, glatt mit einzelnen convexen Verwölbungen, auf dem Durchschnitt markschwammartig, teilweis im Innern erweicht.

Patientin am 14. Juni 1883 geheilt entlassen.

2. Julie V., 34 Jahr alt, seit 13 Jahren verheirathet, wurde am 3. Juni 1884 in die Klinik aufgenommen. Patientin hat 6mal spontan entbunden, 1mal abortirt, Wochenbette normal. Menses seit dem 15. Lebensjahr, regelmässig, cessiren seit der letzten Entbindung (vor 3 Jahren). Vor 2 Jahren Schmerzen im Unterleib, besonders heftig beim Stehen, Leib nicht angeschwollen. Seit 1 Jahr bemerkte Patientin eine allmähliche Zunahme ihres Leibesumfanges mit periodisch auftretenden Schmerzen, besonders dann,

wenn sie schwer arbeiten muss. Zugleich fühlte sie eine Schwere und ein Druckgefühl im Unterleib. Derselbe wurde ganz hart und sie konnte kleine Knoten durchfühlen. Keine Beschwerden beim Uriniren; Obstirpation; Schlaf gut (Patientin liegt am bequemsten auf der rechten Seite), Appetit schlecht.

Mittelgrosse, hagere, schlecht genährte Person. Linksseitiges Struma, Mammae atrophisch, über den Lungen verschärft vericuläres Athmen, Herzdämpfung nach oben um 1 Intercostalraum verschoben, Rippenbogen nach aussen gebogen infolge der starken Umfangzunahme des Leibes. Bauchdecken dünn; in den abhängigen Parthien stark dilatirte Venen durchscheinend; Hängebauch; das ganze Abdomen, besonders aber die rechte Hälfte, ausgedehnt durch einen beweglichen, mannskopfgrossen, soliden, höckrigen, leicht druckempfindlichen Tumor, welcher der vorderen Bauchwand anliegt, rechts bis 3 Finger breit über Nabelhöhe reicht, links 2—3 Finger breit darunter bleibt. Grösster Umfang 97 cm. Über dem Tumor Dämpfung; sonst tympanitischer Schall.

Bei der inneren Untersuchung fühlt man den kleinen Uterus nach hinten vom Tumor gelagert. Parametrien frei. Spärlicher schleimig eitriger Ausfluss. Exploration per rectum ergiebt nichts.

Patientin wird durch Vollbäder, Scheidenirrigationen, Abführkur vorbereitet und am 11. April 1884 operirt. Leibschnitt in der Mittellinie, 3 Finger breit oberhalb des Nabels beginnend bis 2 Finger breit über den oberen Symphysenrand. Bei der in gleicher Ausdehnung vorgenommenen Eröffnung des Peritoneums fliessen 4—5 Liter einer klaren, gelben Flüssigkeit ab. Es präsentirt sich der Tumor in der Wunde; das Netz ist vollkommen mit der Vorderfläche desselben flächenhaft verklebt und die Netzadhaesionen erstrecken sich von da auch auf die Seitenflächen und gehen fast bis zum kleinen Becken an den Seitenkanten des Tumors herab. Fingerdicke, strotzende Venen in den Adhaesionen. Diese werden in einzelnen Parthien unter

bunden und durchtrennt. Jetzt ist es möglich, den Tumor aus der Abdominalhöhle zu entfernen und vor die Bauchwunde zu bringen. Er hängt dem Fundus und der linken Uteruskante dicht an und ein grosses Segment hat sich intraligamentär in das linke Parametrium hinein entwickelt. Jetzt wird der Tumor vom Uterusrande abgebunden und bis auf ein kleines Stück aus dem Parametrium herausgeschält. Dabei entsteht eine starke venöse Blutung im linken Parametrium, welche durch mehrfache Umstechungen zum Stehen gebracht wird. Jetzt wird noch der kleine zurückgebliebene Rest des Tumors zwischen den beiden Platten des Ligamentum latum ausgeschält und die parametrane Höhle durch Zusammennähen der beiden Platten geschlossen. Schluss der Bauchwunde.

Beschaffenheit des Tumors: derselbe ist von markweicher Consistenz; mikroskopisch: grosse Alveolen mit grossen rundlichen Zellen. Viele Stellen des Tumors zeigen stark necrotisirtes Gewebe mit verkalkten Partieen; an einigen Stellen ist es zu kleinen Haemorrhagien gekommen. Das den Tumor überziehende Netz ist mit Krebsknötchen besetzt.

Nachdem Patientin in den ersten Tagen nach der Operation leicht gefiebert hatte, wurde sie am 24. Juni, bis auf 2 thalergrosse, gut granulirende Hautdefecte an der hinteren Kreuzbeinfläche, geheilt entlassen.

Bevor wir die Endresultate der Exstirpation der pathologisch-anatomisch malignen Tumoren zusammenfassen, müssen wir noch einmal auf den bereits am Anfang der Arbeit constatierten ausserordentlich hohen Procentsatz hinweisen, den dieselben unter den Ovarialgeschwülsten einnehmen. Derselbe findet seine Erklärung in der grossen Anzahl der ursprünglich gutartigen und erst später maligne degenerirten Tumoren und weist uns darauf hin die Forderung, die Cohn am Schlusse meiner Arbeit stellt, zu unterstützen: jede proliferirende Geschwulst so schnell als möglich zu entfernen, da man nie beurteilen kann, wann der Moment eintritt, wo ihre Neigung für Degeneration anatomische Basis gewinnt.

Es gelangten von pathologisch-anatomisch malignen Tumoren (Sarcome, Carcinome und carcinomatös entartete Geschwülste) im Ganzen 43 zur Beobachtung. Rechnen wir von diesen 43 die 5 inoperablen Fälle, sowie die 4 unvollendeten Operationen und die 3 Fälle, über deren weiteres Befinden wir keine Nachrichten erhalten konnten, ab, so starben von den restirenden 31 während ihres Aufenthaltes in der Klinik 9 (29,4 %), 9 gingen nach ihrer Entlassung zu Grunde, 1 Patient leidet gegenwärtig an einem Recidiv und 12 (40%) sind als geheilt anzusehen. Rechnen wir die unvollendeten Operationen dazu, die sämmtlich bereits zum Tode geführt haben, so ergiebt sich noch immer als Resultat eine Heilung von 34,4 %. Von Wichtigkeit ist, dass nach unserer Statistik die Prognose der reinen Carcinome ungleich besser ist, als die der carcinomatös entarteten Tumoren: während von den 11 zur Operation gelangten carcinomatös entarteten Tumoren, über die wir weitere Nachrichten erhalten haben, nur 2 als geheilt zu betrachten sind (18 %), haben wir, wie schon oben bemerkt, bei den 12 reinen Carcinomen eine sichere Heilung in 6 Fällen (50 %).

Nehmen wir zu den pathologisch-anatomisch malignen Geschwülsten die, wie oben nachgewiesen, klinisch höchst malignen Papillome und papillären Kystome hinzu, so erhalten wir als Resultat der vollendeten Operationen 46 Fälle mit 16 Heilungen (35,7 %).

Unsere Ergebnisse der Operationen bei malignen Geschwülsten sind also als sehr günstige zu bezeichnen. Während früher Fälle von Heilungen bösartiger Ovarialtumoren als Ausnahmen von der Regel gehalten wurden, während Spemer Wells, Keith u. a. der Ansicht sind, dass selbst in dem günstigen Falle, dass die Patientinnen die Operationen überstehen, sie doch früher oder später an einem Recidiv oder Metastasen zu Grunde gehen müssten, während noch Olshausen die Ansicht vertritt: »die Prognose ist, wie es scheint, in jedem Falle eine absolut schlechte und nach glücklicher Operation scheint ein baldiges Recidiv

die fast ausnahmslose Regel zu sein«, — zeigen unsere Resultate, dass man auch bei sicher diagnosticirter Malignität eines Ovarientumors mit einiger Sicherheit auf eine definitive Heilung rechnen kann und deshalb vor der Operation durchaus nicht zurückzuschrecken hat. Und auch in allen Fällen, wo eine radicale Heilung durch die Laparotomie nicht hat erzielt werden können, sind die Erfolge insofern noch günstig zu nennen, als die Patientinnen, wenn sie erst die Operation und die Gefahren, die ihnen in den ersten Tagen nach derselben drohen, glücklich überstanden haben, erfahrungsgemäss Monate lang ein erträgliches Dasein führen, und andererseits das Recidiv, wie aus unserer Tabelle ersichtlich ist, manchmal auch Jahre lang auf sich warten lässt. Interessant in dieser Beziehung ist Fall Nr. 118: Bertha M., 41 Jahr alt, verheiratet, wurde am 24. Juni 1886 wegen eines linksseitigen glandulären proliferirenden Kystoms, das unter dem Mikroscop eine beginnende maligne Degeneration zeigte, operirt und bekam nach $^3/_4$ Jahren rechterseits ein carcinomatös entartetes proliferirendes Kystom, das wiederum exstirpirt wurde. Fast 3 Jahre lang blieb jetzt Patientin gesund, bis sie am 24. Februar 1890 an einem »Rückenmarksleiden« (wahrscheinlich Carcinommetastase an der Wirbelsäule) zu Grunde ging. Wir lassen die beiden Krankengeschichten dieses Falles folgen:

Bertha M., 41 Jahre alt, seit 13 Jahren verheirathet, wurde am 21. Juni 1886 in die Klinik aufgenommen. Patientin hat einmal spontan geboren. Wochenbett normal. Menses immer regelmässig. Patientin litt vor der Verheiratung zweimal an Bleichsucht und Beschwerden während der Menstruation. Seit einem Jahre Menses unregelmässig. Ostern dieses Jahres wurde der Leib dick und Patientin konnte wenig Wasser lassen. Appetit schlecht, Stuhlgang unregelmässig, starke Schmerzen im Leibe.

Mittelgrosse, sehr abgemagerte, kachektisch aussehende Frau. Brustorgane gesund. Abdomen gleichmässig bis zur Herzgrube aufgetrieben. Ein Tumor ist nicht zu fühlen, dagegen sehr deutliche Fluctuation. Hohe Percussion er-

giebt Dämpfung, tiefe Darmton. Uterus mässig vergrössert, liegt nach vorn und ist schmerzhaft.

Am 24./6. 1886 Operation. Kleiner Bauchschnitt, Eröffnung des Peritoneums. Es fliesst eine reichliche Menge blutig gefärbter, seröser Flüssigkeit ab. Jetzt entdeckt man einen 2 Fäuste grossen, festweichen Tumor. Verlängerung des Schnitts nach der Symphyse zu. Der Tumor geht vom linken Ovarium aus und ist im Douglas'schen Raum leicht adhaerent. Die Lösung der Adhaerenzen gelingt leicht. Unterbindung des Stiels und Versenkung desselben. Schluss der Bauchwunde.

Untersuchung des Tumors: grosse multiloculäre Cyste; in sämmtlichen Fächern der Cyste mit Ausnahme einer einzigen erhebt sich über die weisse bindegewebige Wandung eine grosse Masse von kleinen und grösseren Wucherungen. Dieselben sind knollig und weich, von der Grösse eines Gänseeis, sich einzeln von einander absetzend. Auf dem Durchschnitt sind sie, wie auch aussen, von hellrötlicher Farbe, gekörnt und weich, an einzelnen Stellen dunkelrot und zerfallen. Mikroskopisch sieht man das feste, zellreiche, bindegewebige Stroma, durchsetzt mit Hohlräumen, die mit schönen cylindrischen Zellen ausgekleidet sind. Die Zellen liegen zum Teil in mehreren Schichten übereinander. Nur selten ist auf grössere Strecken das bindegewebige Stroma erhalten. Reichliche Gefässentwickelung, vereinzelte Hacmorrhagieen und Verfettungen.

Nachdem Patientin in den ersten Tagen nach der Operation leicht gefiebert hatte, wurde sie am 9. Juli geheilt entlassen.

Am 28. März 1887 wurde Patientin wiederum in die Klinik aufgenommen. Nach der Operation hatte sie sich sehr wohl gefühlt, seit 6 Wochen wurde aber der Leib wieder dick, Patientin konnte nur schwer Urin lassen und hatte Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz. Stuhlgang regelmässig, Appetit schlecht.

Abdomen mässig stark hervorgewölbt, deutliche Fluctuation nnd Schallwechsel bei Lageveränderung. Nach

rechts und unterhalb des Nabels fühlt man in der Tiefe einen mehr als faustgrossen, höckerigen Tumor. Bei der inneren Untersuchung fühlt man den Uterus nach vorn gedrückt, hinter ihm eine höckrige Resistenz, die bei Druck schmerzhaft ist.

Am 30. März 1887 Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst viel Ascites ab. Unten rechts ein cystischer Tumor, der im Douglas verwachsen ist. Mit der Hand herausbefördert reisst der Tumor ein und der myxomatöse Inhalt tritt hervor. Es lässt sich ein Stiel bilden, der zweimal unterbunden wird. Er gleitet nämlich einmal nach unten, weil er so mürbe ist, dass beim Anziehen der provisorisch liegenden Pincette diese das gefasste Stück abreisst. Schluss der Bauchwunde.

Primäre Heilung; Patientin am 13. April entlassen.

Wäre hier die zweite Operation unterblieben, so wäre die Patientin voraussichtlich in kurzer Zeit zu Grunde gegangen, während sie so doch noch annähernd 3 Jahre gesund blieb.

Auch Cohn, der in seiner Statistik unter 86 vollendeten Operationen 19,5 % sichere Heilungen hat, will die malignen Ovarialtumoren, natürlich mit Ausnahme derer, wo die Untersuchung die absolute Unmöglichkeit der Entfernung ergiebt, operirt wissen.

In jedem Falle aber ist zu einer Explorativincision zu rathen, deren Gefahren bei dem heutigen Stande der Antisepsis nicht gross sind, und die andererseits in vielen Fällen als psychisches Mittel für verzweifelte Patientinnen für eine Zeit lang von guter Wirkung ist.

Bei unserer Nachfrage nach dem ferneren Befinden der Patientinnen haben wir uns auch darnach erkundigt, ob und eventuell wie viel Kinder die Frauen noch nach der Operation geboren haben.

Spencer Wells, der ähnliche Ermittelungen angestellt hat, berichtet, dass von den 508 von ihm mit Erfolg operirten Verheirateten (einbegriffen die 75, die nach der Operation geheiratet haben) 117 Frauen 228 Kinder zur

Welt gebracht haben). Auch Olshausen hebt hervor, dass durch die Ovariotomie weder Schwangerschaft noch Geburt irgend welche Störungen zu erleiden oder im Körper zu bedingen pflegen.

Unsere Resultate sind folgende: abzüglich der in der Klinik oder kurz nach ihrer Entlassung verstorbenen Frauen, sowie derjenigen, die zur Zeit der Operation bereits das fünfzigste Lebensjahr überschritten hatten oder doppelseitig ovariotomirt worden waren, bleiben 122 Frauen übrig, von denen uns 105 Nachricht zukommen liessen. Von diesen haben 22 (21,2 %) noch nach der Operation geboren und zusammen 51 lebende und 2 tote Kinder zur Welt gebracht, und zwar haben geboren

6 Frauen je 1 Kind,
7 „ „ 2 Kinder,
3 „ „ 3 „ (dabei 2 totgeborene),
6 „ „ 4 „

Welcher Art der exstirpirte Tumor gewesen ist, scheint für die Möglichkeit der ferneren Conception ohne Einfluss zu sein, da, wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist, sowohl Frauen mit gutartigen als auch mit malignen Tumoren geboren haben. Es haben geboren

1 Frau	mit	Hydrops follicularis	4 Kinder
10 Frauen	„	glandul. prolif. Kyst.	29 „
2 „	„	papillaren Tumoren	5 „
4 „	„	Dermoidcysten	9 „
		(darunter 2 totgeborene)	
1 Frau	„	Sarcom	1 Kind
2 Frauen	„	Carcinom	2 Kinder

Mithin hindert die Ovariotomie auch wegen maligner Geschwülste die Conceptionsfähigkeit der operirten und des einen Ovariums beraubten Frau durchaus nicht.

Wir wollen noch die Thatsache erwähnen, dass von den 31 Frauen, die wegen Parovarialcysten operirt worden sind, keine nach der Operation geboren hat. Wegen der immerhin geringen Anzahl von Fällen, die uns zu Gebote stehen,

müssen wir uns, da auch sonst in der Literatur nichts darüber bekannt ist, mit der Constatirung der Thatsache begnügen.

Fassen wir die gewonnenen Ergebnisse zusammen:

1. Jeder fünfte Ovarialtumor ist ein maligner.
2. Die Endergebnisse der wegen Hydrops follicularis, glandulären proliferirenden Kystomen, Dermoid- und Parovarialcysten gemachten Operationen sind in der überwiegenden Mehrzahl günstige, die Endergebnisse der maligne entarteten proliferirenden Kystome sehr schlechte.
3. Bei den Oberflächenpapillomen bezw. papillären Kystomen sind in 71 % Recidive und nur in 27 % definitive Heilung eingetreten.
4. Bei Sarcomen und reinen Carcinomen ist eine definitive Heilung von 50 % zu constatiren.
5. Fernere Conception wird durch einseitige Ovariotomie durchaus nicht verhindert.
6. Von den 31 Frauen, die wegen Parovarialcysten operirt worden sind, hat keine nach der Operation mehr geboren.

Am Schlusse dieser Arbeit erlaube ich mir Herrn Privatdocenten Dr. Pfannenstiel, Assistenten an der hiesigen gynaekologischen Klinik, meinen aufrichtigsten Dank für die bei der Ausführung meiner Arbeit mir in freundlichster Weise gewährte Unterstützung auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser, Georg Schiffer, Sohn des Kaufmanns Bernhard Schiffer, jüdischer Confession, wurde am 1. April 1865 zu Breslau geboren. Den Schulunterricht erhielt er auf dem Gymnasium zu St. Elisabet, das er Michaelis 1884 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er widmete sich zunächst der Jurisprudenz und wandte sich Ostern 1885 dem Studium der Medicin zu. Bis Ostern 1886 studierte er in Breslau, im Sommersemester 1886 in Freiburg i. B., von da an bis zum Schluss der Studienzeit wieder in Breslau. Am 7. November 1887 bestand er ebendaselbst das Tentamen physicum, beendete am 4. Juni 1890 die ärztliche Staatsprüfung und legte am 25. Juni 1890 das Examen rigorosum ab.

Im Sommer 1887 verfertigte er im physiologischen Institut zu Breslau eine Arbeit über »Resorption«. Gegenwärtig ist Verfasser Volontärarzt an der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Breslau:

Biermer, Born, F. Cohn, H. Cohn, Filehne, Fischer, Flügge, Förster, Fränkel, Fritsch, Gierke †, Gottstein, Hasse, Heidenhain, Hirt, Kolaczek, Meyer, Neisser, Partsch, Ponfick, Röhmann, Rosenbach, Roux, Schönlein, Soltmann, Freiherr von Stengel, Werniche, Wiener, Wlassak.

In Freiburg i. B.:

Baumann, von Kries, Strasser, Wiedersheim.

Allen diesen Herren spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.

Thesen.

1. Der Nabelschnurverband der Neugeborenen soll antiseptisch gemacht werden.
2. Es ist wünschenswert, dass besondere Hospitäler für Phtisiker errichtet werden.
3. Die von Dührssen vorgeschlagenen tiefen Cervix- und Scheidendamm-Einschnitte in der Geburtshilfe sind nicht zu empfehlen.